



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

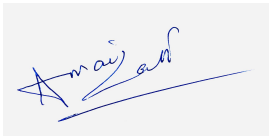
PATIENT NAME	: MOHAMMAD HILAL MOHAMMAD IQBAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 27-Jul-2001	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TMNL-3NMM-VMVM-5VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: J18.9 - Pneumonia, unspecified organism, J22 - Unspecified acute lower respiratory infection, J45.991 - Cough variant asthma, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, R06.02 - Shortness of breath, R06.2 - Wheezing												
التشخيص													
AETIOLOGY	: Enter Aetiology												
لمسببات المرضية													
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)													
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)													
SYMPTOMS	: Complaint KNOWN ASTHMATIC PRESENTED WITHACUTE EXACERBATION COUGH WITH SPUTUM CAUSING SHORTNESS OF BREATH TRIGGERED BY DUST sneezing ,nasal congestion , LOW GRADE FEVER 20/03/25 associated with fever sudden onset headache , bodypain 20/08/25 shortness of breath started 20/08/25 trouble breathing for many months no other medical conditions family hx of asthma (mother) no known allergies bp is elevated , o/e ; hyperemic pharynx chest : BOTH INSPIRATORY AND EXPIRATORY wheezing												
العراض المرضية													
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type											
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay											
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay											

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	86005	Allergen Specific Ige Qual Multiallergen Screen	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
الطبيب المعالج	:	
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	:	
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	:	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	:	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	:	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 23/08/2025
توقيع و ختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	